



รายงานการตรวจสอบสุขภาพของผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2568

ข้อมูลส่วนที่ 1 ผู้เข้าสอบคัดเลือกเป็นผู้กรอก (กรอกด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์)

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เดือน จังหวัดที่เกิด
เลขประจำตัวประชาชน.....

2. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (ทำเครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูล)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/ อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุอาการ พ.ศ.ที่เป็น และรักษาอย่างไร)

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด	มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
☐	☐	หัด	☐	☐	เลือด
☐	☐	วัณโรค	☐	☐	เบาหวาน
☐	☐	ตับอักเสบ	☐	☐	หัวใจ
☐	☐	ลมชัก	☐	☐	ไต
☐	☐	สุกใส	☐	☐	ความดันโลหิตสูง
☐	☐	หอบหืด	☐	☐	ต่อมไทรอยด์
☐	☐	ภูมิแพ้	☐	☐	ไส้เลื่อน
☐	☐	แพ้ยาลา	☐	☐	โรคเรื้อรัง
☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐	☐	โรคติดต่อร้ายแรง.....
☐	☐	ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต			
☐	☐	โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแกล้งแกล้ง			
☐	☐	ความพิการของร่างกายที่ทำให้เสียบุคลิกลักษณะ			
☐	☐	ติดยาเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าจะหากตรวจพบภายหลังว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกลดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ แม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้วก็ตามยินยอมให้ถอนสภาพจากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ ผู้สอบคัดเลือก
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)
บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก (จะต้องตรวจทุกรายการ)

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ทรวงอกที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง)
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)
เลขที่ผู้ป่วย (H.N.) วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย แล้วได้ผล ดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร อุณหภูมิ °C
ความดันโลหิต mmHg ชีพจร ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/ นาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
Sugar	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
Sediments	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย 1 ประเภท)	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ไม่ต้องนำฟิล์มเอกซเรย์ทรวงอกมา)

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ หากผิดปกติ โปรดระบุ
☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (แนบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

HBsAg	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
Anti-HBs	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน			

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคสุกใส และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (แนบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ภูมิคุ้มกันโรคสุกใส	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน			

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม MMR (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน

ได้รับวัคซีนโคโรนาไวรัส 2019 (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีน ครั้งที่ 1

ชื่อ

ได้รับวัคซีน ครั้งที่ 2

ชื่อ

ได้รับวัคซีน Influenza (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีน ประจำปี 2568

วัน เดือน ปี

ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (Tetanus-diphtheria:Td หรือ Tetanus-diphtheria-acellular pertussis vaccine:Tdap) (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีน

วัน เดือน ปี

ผลการวินิจฉัยโรคภัย 5 โรค

โรคพิษสุราเรื้อรัง

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

ระบุ

โรคเท้าช้าง

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

ระบุ

โรคที่เกิดจากสารเสพติด

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

ระบุ

โรคเรื้อน

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

ระบุ

วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

ระบุ

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ

ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า (นาย, นาง, นางสาว)

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ รายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ